



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



415254  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/20	4-Data de Autorização 12/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8037170	7-Data Validade da Senha 07/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

### Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510220300065101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JULIANA CLARA DE MATOS BRONZE		14-Telefone 25/11/1986 ( ) -	15-Nome do titular do plano JULIANA CLARA DE MATOS BRONZE	

### Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA	18-Número no CRO 39704	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12816546713	22-Nome do Contratado Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA	23-Número no CRO 39704	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA		27-Número no CRO 39704	28-UF RJ	29-Código CBO S

### Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	19/11/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/11/20	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 19/11/20 Cirurgião Dentista ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA CRO/RJ-CD-39704	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 19/11/20 Cirurgião Dentista ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA CRO/RJ-CD-39704	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--